

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ROBERT PÉRIBÈRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 20 Juin 1896, à Aiguillon (Lot-et-Garonne)

Le Volvulus épiploïque pur

TORSION LIBRE

DE

L'ÉPIPLOON SAIN OU D'APPARENCE SAIN

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ROBERT PÉRIBÈRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 20 Juin 1896, à Aiguillon (Lot-et-Garonne)

Le Volvulus épiploïque pur

TORSION LIBRE

DE

L'ÉPIPLOON SAIN OU D'APPARENCE SAIN

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BASSET Pathologie chirurgi-
 cale.
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . Chimie biologique.
 BROCCO Pathologie chirurgi-
 cale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgi-
 cale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG Anatomie pathologi-
 que.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER Pathologie médicale.
 GARNIER Pathologie expéri-
 mentale.
 GATELLIER Pathologie chirurgi-
 cale.
 HARVIER Pathologie médicale.

MM.

HEITZ-BOYER . . Urologie.
 HOVELACQUE . . Anatomie.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgi-
 cale.
 LEMAITRE Oto-rhino laryng
 gie.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgi-
 cale.
 METZGER Obstétrique.
 MONDOR Pathologie chirurgi-
 cale.
 MOURE Pathologie chirurgi-
 cale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 QUÉNU Pathologie chirurgi-
 cale.
 RICHEL Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et sy-
 philigraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

REITTERER Histologie.
 TANON Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET. . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale in- fantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA FEMME

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

TOULOUSE

1919. — MONSIEUR LE PROFESSEUR REMOND

1920. — MONSIEUR LE PROFESSEUR CAUBET

PARIS

1920. — MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHIRAY

Externat

1921. — MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELBET

1922. — MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

MONSIEUR LE DOCTEUR APERT

1923. — MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Internat

1924. — MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELBET

1925. — MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESCOMPS

1926. — MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVASSU

1927. — MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

A LEURS COLLABORATEURS

MM. DUCUING, BOULARAN, MIGINIAC

MM. LEVEUF, GIRODE, MORNARD, HERRENSCHMIDT,
BEAUVY, GUÉNOT, ROBERT MONOD, DENIKER,
GUÉNIOT, LANCE, HUC, AUROUSSEAU, BAYLE.

ET AUX DOCTEURS DUCASTAING, H. BENARD, DES-
NOYERS, LENGAGNE.

AU DOCTEUR AUGUSTE DESCOMPS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR (*in memoriam*)

AU DOCTEUR PAUL DESCOMPS
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AU DOCTEUR PIERRE DESCOMPS
PROFESSEUR AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Ils furent les conseillers de mes études
Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance*

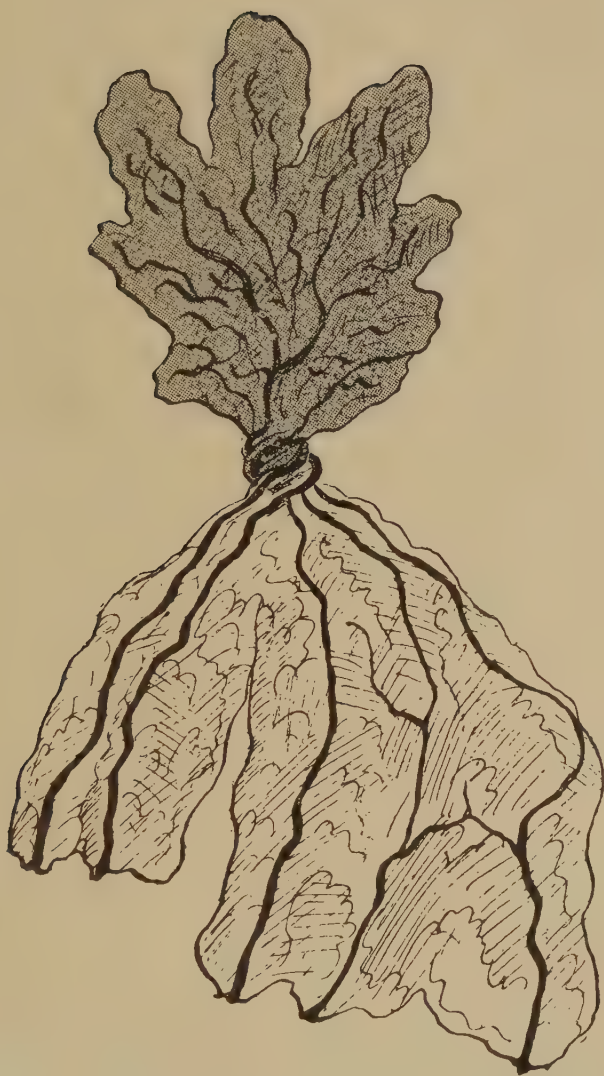
AU COLONEL MARC

ET A MES CAMARADES DU 41^e ET 267^e RÉGIMENTS
D'ARTILLERIE 1915-1919

AU PROFESSEUR OMBREDANNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous fit l'honneur de présider
à cette thèse, nous témoignons
ici de notre respectueux attache-
ment.*



Volvulus épiplœique pur. — Obs. I, 23 Février 1926, Hôp. Cochin
Service du Docteur LAUNAY.

Introduction

Le 23 février, étant de garde à l'hôpital Cochin, nous admettions d'urgence dans le service de notre maître P. Launay, un malade de 29 ans, dont le tableau clinique devait faire penser à une crise banale d'appendicite.

En effet, un début de douleurs de la fosse iliaque droite la veille au soir, après une purgation, des vomissements, une défense pariétale localisée, une fièvre modérée (37°8) devaient faire conclure : crise bénigne d'appendicite, peut-être menace de perforation, opération d'urgence pour débarrasser le malade d'un organe dangereux sans perte de temps.

Notre ami Desnoyers, alors chef de clinique à Baudeloque, aujourd'hui accoucheur des hôpitaux, dînait avec nous ce soir-là, il voulut bien venir nous aider à l'opérer. Quelle ne fut pas notre surprise lorsque l'incision de Mac Burney faite, nous trouvâmes, en cherchant le cœcum, une masse de couleur de lie de vin foncée qui fut aussitôt attirée à l'extérieur : c'était une partie du grand épiploon tordue sur son axe de vaisseaux, deux tours environ dans le sens des aiguilles d'une montre. La partie tordue, représentant la surface d'une main, était libre d'adhérences et ne portait ni lésions grossières, ni tumeur. Le reste de l'épiploon était d'apparence saine, de couleur jaune, et non saumonée comme il est fréquent au cours des colites ou de l'appendicite.

Après avoir laissé cette torsion sous des compresses, nous enlevions un appendice adhérent et de très petites dimensions (3 millimètres de diamètre sur 3 centimètres de longueur), puis nous pratiquions l'ablation de la moitié droite de l'épiploon et quelques jours après le malade sortait guéri de l'hôpital.

Le lendemain de l'opération nous avons fait un dessin de la pièce enlevée, puis sur un traité classique nous avons trouvé la description des torsions épiploïques au cours des hernies, mais cela ne nous avait satisfait que médiocrement.

En attendant mieux, notre erreur de diagnostic bien excusable, devait nous faire persévérer dans notre habitude prise auprès de M. P. Descomps, de toujours examiner l'épiploon au cours des appendicéctomies.

Quelque temps après, nous opérâmes la femme d'un de nos amis : elle avait eu une forte crise d'appendicite aiguë dans l'enfance et éprouvait de nouveau des sensations pénibles dans la fosse iliaque droite. L'interrogatoire et l'examen ne permettaient pas de déceler une cause nette à ces douleurs, mais la malade faisant de fréquents séjours à la campagne, demandait à être débarrassée de son appendice qui semblait douloureux au palper.

A l'opération, nous constatons encore que l'appendice était d'apparence tout à fait normale et en attirant la portion droite du grand épiploon il nous venait dans la main un kyste hémattique du volume d'un œuf de poule dont la partie adjacente à l'épiploon était enflammée, couleur saumon.

Les tiraillements exercés par la masse kystique devaient être la cause de cet aspect, ainsi que des douleurs sourdes et brèves ressenties par la malade.

Ici encore nous fîmes une ablation assez large d'épiploon, la malade quittait la maison de santé au dixième jour et depuis nous l'avons revue souvent en excellente santé.

Ce cas ayant attiré notre attention sur les douleurs d'origine épiploïque et les kystes de l'épiploon, nous en avons profité pour faire en même temps quelques recherches sur les torsions de l'épiploon.

Les torsions d'organes nous ont toujours intéressé et nous avons publié, en 1925, deux cas de torsions du testicule observés dans le service de notre maître Descomps, à la Charité. En 1927, nous étions bien placés auprès de notre maître Ombredanne pour voir encore d'autres torsions du testicule et nous avons connu le cas de notre collègue Olry, qui, croyant trouver une torsion du testicule, avait opéré une torsion de l'épiploon dans un sac herniaire.

Nous décidions ainsi de consacrer notre thèse aux torsions de l'épiploon. Mais ce sujet nous parut rapidement comme trop général. Plusieurs travaux d'ensemble lui étaient consacrés, mais nous n'y trouvions guère de description des cas typiques de l'ordre du notre. Nous trouvions enfin dix-neuf observations de torsions libres d'épiploon d'apparence saine sur environ cent-cinquante cas publiés et personne n'avait tenté une individualisation des cas de cette sorte : les auteurs dont les publications s'échelonnent sur un quart de siècle ont semblé s'ignorer.

Les torsions d'organes sains sont d'ailleurs des phénomènes récemment étudiés. Tout le monde connaît cependant en France, les travaux d'Ombredanne et de Mouchet, sur les torsions du testicule et de l'hydride. Plus récemment, Auvray publiait à la Société de chirurgie plusieurs cas de torsions des annexes saines. Ça et là on publie des torsions de l'utérus grévise et toujours un peu d'obscurité persiste sur ces coins de la pathologie.

Toutes ces raisons nous ont décidé à tenter l'individualisation du syndrome que nous retrouvions avec beaucoup d'homogénéité dans nos dix-neuf cas de torsions d'épiploon libre, sain ou d'apparence sain.

L'état de la question

Au dernier Congrès de chirurgie, le professeur Silhol, parlant des épiploïtes, a dit au chapitre des complications : « Nous ne parlerons pas de la torsion épiploïque qui est un chapitre très connu et très étudié... »

Le chapitre très étudié n'est pas le nôtre : c'est la masse des observations de torsions herniaires, torsions de la corde épiploïque de Velpeau, de torsions adhérentes aux vieux foyers infectés, de torsions d'épiploon alourdi par une tumeur kystique, etc., etc.

Le professeur Lejars ayant en vue ces derniers cas écrivait cependant en 1906 : « Je le répète : on ne pense pas » à la torsion épiploïque, on la tient pour un accident » d'exception, or, il convient de lui attribuer désormais » en clinique courante, la part qui lui revient. Si l'on » y pense, on trouvera souvent dans l'examen soigneux » du malade des signes suffisants à la faire reconnaître.

» Les torsions incomplètes, chroniques, expliquent des » cas larvés, peut-être plus fréquents qu'on ne le croit » qui peuvent fournir une explication d'un certain nombre » d'accidents douloureux, passagers, mal définis, » survenant chez des hernieux. » Cette citation montre que l'idée de torsion de l'épiploon appelle l'idée de hernie.

En 1923, malgré les travaux récents, surtout américains, la question est toujours au même point : MM. d'Almeida et Rouffiac, rapportant à la Société Anatomique

une observation de torsion intra-abdominale causée par l'adhérence à un pavillon d'une trompe écrivent : « Notre cas est un peu particulier puisqu'il ne concorde pas avec une hernie, ce qui se produit dans plus de 80 p. 100 des cas. »

» Une salpingite ancienne a constitué le pédicule inférieur, *point d'appui permettant la torsion*... Il faut se rappeler qu'il y a toujours deux foyers de torsions et on ne peut citer qu'un seul cas où l'épiploon s'est tordu sans adhérence. (Kothe, Deutsche med. Woch., Avril 1908) ».

La torsion libre peu connue en 1923, est mentionnée dans les classifications des torsions par tous les auteurs de revues générales. Le dernier de la série étant pour les Français, M. Aimes (*Progrès Médical*, 1919). Or, cet auteur qui simplement signale, faute d'observations, le volvulus de l'épiploon écrit dans son travail sur la chirurgie de l'épiploon, page 146 : « La torsion de l'épiploon enflammé est rare, il s'agit plus souvent d'une épiploïte consécutive à la torsion que d'une omento volvulus, au cours de l'épiploïte ».

Si ce n'est pas l'épiploïte qui est le premier phénomène en date, c'est la torsion !

— L'épiploon était sain et libre avant de se tordre ?

— Pourquoi se tord-il, et aussi pourquoi sain ou malade, ne se tord-il pas plus souvent ?

— S'il est tordu et adhérent, les adhérences ne sont-elles pas secondaires à la torsion ?

— Au contraire, certaines torsions libres ne sont-elles pas des torsions adhérentes libérées secondairement ?

— Quelle est la part de l'infection dans ces phénomènes ? Sont-ils purement mécaniques dans leur cause et dans l'étiologie des symptômes ? Que signifient dans les cas les termes « réaction péritonéale » pour expliquer la « défense de la paroi ».

Enfin comme presque toujours, il s'agit d'un diagnostic d'appendicite aiguë, n'est-il pas utile de contribuer à démembrer les syndromes de la fosse iliaque, à décrire une affection qui donne le tableau de l'« acute abdomen » (« ventre aigu »), une de ces lésions qu'on peut chercher quand l'appendice n'explique pas assez l'état clinique.

La place du volvulus dans les classifications

Nous oserons dire que toutes les classifications des torsions de l'épiploon sont trop artificielles. Il nous semble qu'elles ne montrent pas le point important de la question.

1° Payr distingue des *torsions sans hernie* et des *torsions avec hernie*. Dans les torsions sans hernie : torsion de l'épiploon seul ou de l'épiploon + un viscère adhérent.

C'est probablement en raison de leur fréquence spéciale qu'il fait un groupe séparé des torsions herniaires : ici il envisage les torsions de la *portion abdominale seule* ou de la *portion herniaire seule*, ce qui l'oblige à faire une place pour les *cas compliqués* puisque bien souvent il y a deux foyers de torsion, un dans le ventre contre le transverse, un autre dans le sac herniaire, ou bien pour les cas de torsion avec incarceration rétrograde;

2° La classification de Corner et Pinche a le gros défaut de faire un groupe confus de « *Torsions purement abdominales sans hernie*, ou entrent aussi bien les torsions avec viscère adhérent que les torsions libres d'épiploon sain, malade ou alourdi par une tumeur.

Un deuxième groupe trop simplifié « *de torsions purement herniaires* », ce qui peut fausser les idées puisque

avec des symptômes limités à la hernie, les cas de ce groupe nécessitent souvent une hernio-laparotomie.

Enfin ils gardent pour un vaste groupe III : les *torsions abdominales compliquant une hernie*;

3° En 1919, Aimes fait dans une revue générale la classification suivante :

- | | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------|--|--------------------|
| I. Torsions | (a) T. p. intra abdominale. | | | | | |
| partielles | (b) T. p. intra sacculaire | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>dans un sac vide</td> </tr> <tr> <td></td> <td>dans un sac occupé</td> </tr> </table> | | dans un sac vide | | dans un sac occupé |
| | dans un sac vide | | | | | |
| | dans un sac occupé | | | | | |
| II. Torsions | (a) T. t. abdominale ou omento volvulus. | | | | | |
| totales | (b) T. en masse (intra abdominale + intra-sacculaire) | | | | | |
| | | <table border="0"> <tr> <td>associées à des tumeurs de l'épi-plon.....</td> <td>kystes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>sarcomes</td> </tr> </table> | associées à des tumeurs de l'épi-plon..... | kystes | | sarcomes |
| associées à des tumeurs de l'épi-plon..... | kystes | | | | | |
| | sarcomes | | | | | |
| III. Torsions | associées à d'autres lésions (appendicite, | | | | | |
| complexes | kyste de l'ovaire à pédicule tordu, étranglements intestinaux, hernie récurrente.) | | | | | |
| | Torsion de tumeurs inflammatoires, déplacements en masse, etc., etc. | | | | | |

Cette classification d'Aimes est basée sur l'anatomie pathologique, et bien que nous n'aimions pas les classifications basées sur l'aspect clinique comme celles qui disent : forme de tumeur, forme d'étranglement herniaire, forme appendiculaire; nous n'aimons pas cependant que la classification sépare par trop ce que la clinique réunit. Ainsi pourquoi séparer les torsions de l'épiploon entier et celles d'un des tabliers épiploïques?

M. Descomps jugeait cette question en disant à la société de chirurgie à propos du cas de Lefebvre (obs. II). « La torsion partielle de l'épiploon est un fait curieux, » mais un détail de second plan : la division du grand

» épiploon en plusieurs tabliers juxtaposés dans le plan
» frontal ou superposés dans le plan antéro-postérieur
» est une disposition anatomique très banale : la torsion
» d'un de ces tabliers épiploïques peut donc se présenter
» à l'état isolé les tabliers voisins restant sains ainsi que
» dans le cas actuel. »

Deuxième grief : Aimes qualifie du nom d'*omento volvulus* une lésion qui ne se distingue pas bien des autres torsions. Voici sa définition de l'*omento volvulus* : « Torsion du grand épiploon en totalité autour de deux points fixes son insertion colique et une adhérence par exemple, ainsi se trouve réalisée la vraie torsion ou torsion abdominale ou *omento-volvulus* ».

Puisque, de toutes les torsions, la torsion libre s'individualise n'est-il pas logique de lui réserver le nom de *volvulus*. Dans ces *volvulus* ou torsions primitivement libres on pourra alors décrire un *volvulus pur* ou *volvulus* de l'épiploon sain (ou en apparence sain) tous les autres cas de *volvulus* avec *épiploïte*, avec *tumeur*, avec *kyste épiploïque*, *kyste hydatique*, etc., méritant leur nom de *volvulus* par la liberté de leur torsion.

D'après nous le tableau serait ainsi fait :

I. Torsions libres de l'épiploon ou omento-volvulus

1° VOLVULUS PUR (torsion libre de l'épiploon sain ou en apparence sain.

Cliniquement : formes aiguës, frustes, à répétition.

Anatomiquement : *volvulus* total, partiel.

2° VOLVULUS SECONDAIRE :

- à *Epiploïte* ;
- à *Tumeur solide* de l'épiploon ;
- à *Kyste séreux*, *hémorragique*, etc ;
- à *Kyste hydatique*.

II. Torsions adhérentes de l'épiploon

1° TORSIONS ABDOMINALES:

Anatomiquement : a) foyer proximal, distal, à deux foyers, avec adhérence à point fixe ou sur tumeur ou organe mobile; torsions libérées (1).

Cliniquement : à type de tumeur, à type de crise aiguë abdominale, etc.

2° TORSIONS HERNIO-ABDOMINALES:

Anatomiquement : a) foyer proximal ou forme sus-herniaire;

a) foyer distal ou forme herniaire pure;

a) deux foyers ou forme hernio-sus-herniaire.

Cliniquement : forme sus-herniaire à type de tumeur, à type de crise aiguë abdominale, forme herniaire à type d'étranglement, etc.

(1) Les torsions libérées sont des torsions primitivement adhérentes dont la section d'un ou des deux foyers de torsion produit une masse épiploïque simulant un volvulus une greffe épiploïque ou un corps étranger péritonéal.

Etiologie du volvulus pur

FRÉQUENCE

Nous rapportons dans ce travail dix-neuf observations de volvulus dont trois au cours de la gestation. Etant donné que les cas de torsion de l'épiploon étudiés à ce jour sont autour de cent cinquante, on peut dire que la fréquence des cas de notre série est de un huitième.

L'étude de nos observations, nous montre d'ailleurs des malades dont les crises opérées avait été précédées d'autres crises du même genre, il y a donc des formes frustes non constatées par des opérations. D'autre part, espérons que l'individualisation tentée ici fera chercher, découvrir et publier des cas du même genre.

AGE ET SEXE

La moyenne des âges de nos dix-neuf observations est 37 ans; à part deux cas extrêmes, 14 ans et 79 ans, presque tous les cas sont entre 25 et 45 ans, il s'agit donc d'une affection des adultes.

En dehors des trois cas survenus au cours de la gestation, il n'y a parmi les seize cas restants que deux femmes.

Pour ce qui concerne les trois cas gravidiques, on voit que l'accident s'est produit dans le début de la seconde moitié de la grossesse : au 5^e, 6^e et 7^e mois.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

1° L'épiploïte « Lésion » n'est pas nécessaire

Notre définition du volvulus pur de l'épiploon : torsion de cet organe « sain ou en apparence sain », indique que nous ne croyons pas que l'épiploïte soit *nécessaire* pour expliquer cet accident.

Voici à ce sujet l'opinion d'Aimes : « Existe-t-il des » torsions primitives? Certains les nient et Riedel les considère comme consécutives à de vieilles hernies intra-funiculaires, dans lesquelles l'épiploon s'est libéré. Lejars donne à l'épiploon le droit de se tordre comme les autres organes abdominaux, *mais s'il trouve une cause d'inflammation*, Schoenholzer met en cause l'appendicite chronique qui donne de l'épiploïte, l'épiploon infiltré et épaissi tire sur son attache colique et se pédiculise. Il s'étonne même que la torsion ne soit pas plus fréquente étant donné le nombre des appendicites chroniques ».

De cette citation, nous commençons par rejeter l'opinion de Riedel, puisque dans les cas de volvulus signalés, les malades n'étaient pas porteurs de hernies ou que l'examen de la pièce prélevée par le chirurgien n'a pas montré de tractus distal ou foyer de torsion rompu. Les cas de torsion à deux foyers, libérées au point d'adhérence herniaire sont toujours très nets et ne peuvent être confonduës avec des volvulus purs.

De même, rejetons l'opinion de Schoenholzer qui demande des lésions grossières — pas de définition, ces cas là ne sont pas de notre sujet.

Considérons plus longuement l'opinion du professeur Lejars, qui demande pour la torsion primitive *une cause d'inflammation*. Si le professeur Lejars admet inflammation légère, fugace, simple congestion ou irritation, nous admettons ce terme.

Mais le mot est trop vague : s'agit-il d'une inflammation de cause microbienne, de cause chimique, d'une irritation traumatique ?

Prenons un exemple : Voici une femme enceinte de six mois, constipée et colitique, comme tant de femmes en cet état, on l'opère pour appendicite aiguë, on trouve un volvulus épiploïque pur : à part la masse tordue, le reste de l'épiploon a bel aspect et paraît sain. On pourra dire que le coli-bacille de son intestin ou ses toxines ont irrité péritoine et épiploon. On pourra accuser un réveil d'infection annexielle une exagération des exsudations épiploïques, une gêne mécanique par l'utérus gravide, etc., que sais-je encore. Mais cette inflammation aura été fugace autant qu'hypothétique. Elle n'a pas constitué une « lésion » nette.

Lefebvre, dans sa remarquable observation rapportée par Descomps, à la Société de chirurgie, en 1923, est très catégorique. Il dit : « A droite et à gauche du segment volvulé des portions saines de l'épiploon apparaissent et ne présentent aucune trace d'épiploïte aiguë ou chronique ».

C'est aussi ce qui nous avait frappé dans notre observation.

2° Les causes prédisposantes appartiennent à l'anatomie et à la physiologie normales

PASSIVITÉ DE L'ÉPIPLOON

Et d'abord : l'épiploon est une loque, un filet de vaisseaux à larges mailles, chargé de graisse molle, viscère passif sans cesse entraîné au milieu d'organes actifs.

Ce fameux « gardien de square péritonéal » cet « abdominal policeman » est passif, c'est un policeman que les gens de la rue doivent prendre par le bras et accompa-

gner jusqu'au contact du délinquant. Car, enfin, il ne rampe pas sur ses pelotons adipeux vers un point infecté, vers un organe perforé, il n'a pas de muscles pour cela ! S'il sort du ventre après le coup de bistouri c'est parce qu'il était là, derrière le péritoine, parce qu'une onde péristaltique vient de l'y porter pendant que nous irritions la paroi en incisant les plans superficiels ou parce que le malade a respiré violemment, chassant cette graisse comme un liquide.

Donc, cet épiploon a une *mobilité d'emprunt* (le mot n'est pas de nous). Comme nous venons de le dire, il emprunte sa mobilité qui est constante, mais plus ou moins vive au tube digestif et surtout à un autre organe qui, lui, ne s'immobilise jamais : au diaphragme.

Ici il faut citer Ricou, Milian et surtout F. Heger et ses travaux sur le « balayage de la cavité péritonéale par l'épiploon ». (Archives internationales de physiologie, 1904). Il résume ainsi l'état de la question :

« Il est établi que la mobilité du diaphragme, brassant les organes abdominaux concourt à la mobilité de l'épiploon (mouvements respiratoires actifs précipitant l'épiploon dans la plaie opératoire).

« Remarquons qu'il n'est même pas nécessaire qu'il y ait plaie de l'abdomen pour mettre en jeu le mécanisme défensif dont nous venons d'indiquer l'existence; on sait en effet, que toute excitation de la surface du péritoine retentit aussitôt sur le rythme de la respiration; une électrisation de la surface séreuse du colon modifie la respiration et le pouls très promptement, alors qu'une électrisation de la surface muqueuse de l'iléon ne produit pas le même effet. Toute cause d'excitation localisée dans le péritoine détermine une exagération du jeu du diaphragme et promène par conséquent la mappa ventriculi, la loque épiploïque sur les surfaces irritées. On com-

prend l'importance de ce fait comme point de départ de l'établissement des adhérences et aussi comme protection à divers points de vue dans la défense du péritoïne ».

2° *Dispositions anatomiques prédisposant à la torsion*

JABOULAY avait remarqué la tendance à l'enroulement dans les épiplocèles. « Cette mobilité est facile à constater au cours des cures radicales où l'on voit un chevauchement véritable des lamelles tassées et imbriquées les unes sur les autres que l'on est obligé de dissocier pour les étaler et les lier. »

Cette loque épiploïque en état de mobilité incessante prend dans le ventre toutes les dispositions possibles; elle se tord et se détord sans cesse à cause même de cette mobilité.

L'enroulement est facilité par la disposition en deux feuillets (ant. et postérieur) qui glissent l'un devant l'autre. Si on compare les vaisseaux de chacun de ces plans, on voit qu'ils sont obliques les uns par rapport aux autres, semblant amorcer ainsi le retournement.

Ces vaisseaux ce sont surtout des veines et cela a son importance pour ce qui nous occupe. Ne trouve-t-on pas des veines importantes et nombreuses dans les pédicules tordus des testicules, des kystes de l'ovaire, etc.

Enfin, certaines évolutions normales de l'épiploon peuvent se faire dans un sens qui favorisera la torsion : par exemple quand la fenestration se produit elle dégarnit d'abord le voisinage des gros vaisseaux, elle tend donc à pédiculiser ce qui est la condition optima.

Aimes parle de formations normales, dites « travées en massues flottantes », travées qui ne sont rattachées à l'épiploon que par une de leurs extrémités, l'autre étant libre, généralement renflée en massue.

Enfin, normalement encore, la surcharge graisseuse

peut prédominer aux bords ce qui est encore une prédisposition aux phénomènes mécaniques qui nous intéressent. (Maier : la surcharge graisseuse du G. E. — *Arch. f. Klinchir*, fév. 1925.)

Certaines de nos observations notent des malades très gras; d'ailleurs on sait que même des gens maigres peuvent avoir un épiploon très chargé de graisse.

Aussitôt qu'il y a épiploïte chronique constituée, nous sortons des limites que nous avons assignées à notre travail. Les causes prédisposant à la torsion sont alors multiples : épaissement de bordure de Walther, cordelettes scléreuses, nœuds de rétraction, adhérences intra-épiploïques, etc.

1° La sécrétion agglutinante et la congestion normales de l'épiploon

L'épiploon apparaît, grâce à des vaisseaux, comme une antenne très sensible du système sympathique abdominal. Il réagit immédiatement aux diverses excitations qui peuvent être d'ordre mécanique : traumatismes de l'abdomen, corps étrangers inertes du péritoine ; chimique : antiseptiques, épanchements par lésion viscérale, échanges osmotiques à travers les lymphatiques de l'intestin, etc. En un mot ce qu'on appelle : irritation péritonéale.

Cette activité physiologique est très réelle et prouvée par de nombreux expérimentateurs.

(*Pouvoir plasique* de Cornil, de Milian. Expériences de Heger : sécrétion permettant l'accaparement de fines particules de substances opaques au rayon X.)

Après avoir été transporté passivement en un point, l'épiploon, par son endothélium, par ses leucocytes, devient actif et une de ses manières d'agir c'est une certaine traussudation — réaction péritonéale de même ordre que

celle de tout péritoine viscéral — mais exagérée ici, comme adaptée à une fonction.

Si cette traussudation — cette sécrétion agglutinante, le mot n'est pas de nous — se rencontre avec une même sécrétion du péritoine intestinal sans qu'on puisse parler d'adhérences vraies, n'est-ce pas une cause prédisposante à la torsion, puisque la loque épiploïque portée par les anses grêles perd, au milieu de ces sécrétions agglutinantes, un peu de cette liberté qui lui permettait, à chaque instant, de se libérer et de se détordre.

Il est impossible de faire le départ entre la congestion normale, fonctionnelle de l'épiploon qui produit cette traussudation que nous venons de signaler et un certain degré « d'épiploïte congestive ».

En effet, l'épiploïte congestive est la phase de début de toute épiploïte aiguë. Nous sommes donc ici aux confins de l'anatomie pathologique. Mais nous devons l'admettre dans les causes du volvulus pur, puisque à ce degré les lésions ne sont pas fixées.

D'autre part, la lecture de nos observations nous montre dans plusieurs cas, le nôtre en particulier, une cause fort capable de déterminer une poussée de colite : purgation, existence d'un appendice douteux. Dans un cas l'appendicite est dit par l'auteur « suppurating » ; faut-il traduire « plein de pus » et dire volvulus pur. On hésite car, d'une part, si l'examen de l'épiploon volvulé le montre libre d'adhérences, d'autre part ce volvulus ne constitue pas à lui seul toute la maladie. Cependant, nous citerons cette observation, car nous estimons que dans ce cas l'appendice en état d'inflammation aiguë cause l'état épiploïque prédisposant à la torsion tout comme une colite diffuse. Dans ce cas le volvulus n'est pas cryptogénétique, voilà tout.

MÉCANISME DU VOLVULUS

Donc nous admettrons que pour une cause quelconque l'épiploon est *congestionné*, agglutinant : il ne se dégage pas aussi bien des anses intestinales qui le tordent sans cesse, ses tabliers eux-mêmes s'agglutinent entre eux : *une torsion s'amorce*. Aussitôt le courant sanguin s'interrompt dans quelques grosses veines, *stase* et turgescence au lieu de favoriser la détorsion ne peuvent que *fixer la lésion*. Ensuite les mouvements du grêle continuant dans le même sens, ou bien la persistance de l'arrivée du sang dans les artères transforment ce volvulus à un tour de spire en volvulus à deux, trois et même six tours.

Notre théorie est donc éclectique : elle admet en premier lieu des prédispositions anatomiques générales ou particulières à certains individus; en deuxième lieu : une irritation, une congestion épiploïque cause d'agglutination favorisant la stase.

Enfin, elle fait leur part à la théorie de Bazy : péristaltisme intestinal et à celle de Payr, mécanisme vasculaire (1).

Payr, en effet, dans ses expériences sur la torsion, avait remarqué ceci : « si on attache un pneu en caoutchouc à une forte ficelle et qu'on le remplisse d'eau progressivement, il s'allonge, se courbe, puis se tord en tournant autour de la ficelle si celle-ci est remplacée par un pneu

(1) C'était aussi l'avis de Morestin. Voici ce qu'il écrivait à propos d'une torsion herniaire : « Ces constatations ont en outre une valeur doctrinale elle permettent, croyons-nous d'affirmer le rôle prépondérant de la *stase sanguine*, de l'étranglement veineux dans le mécanisme de ces accidents comme d'ailleurs dans toutes les torsions des organes abdominaux. Pour ce qui est de l'épiploon, il est très vraisemblable qu'il doit à tout instant se tordre et se détordre et que les accidents n'éclatent que dans les seuls cas où la torsion a eu pour conséquence l'engouement veineux bientôt suivi de l'interruption de la circulation de retour (Société Anatomique 1914.)

plus résistant, le pneu le plus élastique se tord autour de l'autre.

Citons, à titre documentaire seulement, puisque l'auteur n'envisage que l'épiploïte chronique, le mécanisme imaginé par FULLER (*Chicago surgical society*, 1908) :

1° Formation d'adhérences du bord de l'épiploon à un organe malade (first step in the process of the torsion);

2° Une première torsion sur l'axe de cet épiploon adhérent qui s'allonge, s'épaissit (second step);

3° Libération des adhérences dont les traces même disparaissent, mais grâce aux premiers tiraillements, l'épiploon s'est pédiculisé et peut maintenant se tordre comme toutes les tumeurs à pédicule.

Ceci est ingénieux, mais nous disons alors « torsion libérée ». Si la pièce en main nous ne voyons pas trace de l'ancienne adhérence, nous dirons volvulus au cours d'épiploïte chronique puisque nous verrons cet allongement, cet épaississement dont parle l'auteur, nous ne dirons pas volvulus pur.

Anatomie pathologique

Qu'est-ce qui se tord : ce peut être tout le tablier épiploïque, ou un des tabliers plus ou moins différencié (Cf obs. II. Lefebvre : un des tabliers épiploïques; Cf obs. VI. Cullen : torsion d'un épiploon accessoire inséré près de l'angle colique droit).

La masse est du volume d'une main, un poing, deux poings, suivant le moment de l'opération, l'infiltration des tissus par l'œdème, le sang extravasé, etc.

Combien de tours de spire ? Deux, trois, jusqu'à six sont signalés. Les uns signalent un sens, les autres un autre. D'autres n'ont pas pensé à fixer ce détail.

Voyons comment se présentent les lésions et quelle est l'évolution dans le temps.

Volvulus opérés dans les deux premiers jours

Il n'y a pas encore de liquide réactionnel dans le ventre. La masse tordue est libre d'adhérences; elle s'offre à la vue ou est mise au jour par un hasard heureux de l'exploration. (Elle doit passer souvent inaperçue).

Cette masse tordue était dans notre cas un peu infiltrée, couleur lie de vin (moins de 24 heures).

Volvulus opérés deux ou trois jours

Ici les observations signalent, dès l'incision, un épanchement liquide de couleur variable, généralement séro-

hémorragique. La masse tordue est devenue noirâtre « de consistance un peu cartonnée et friable. » (Obs. II.)

Déjà des adhérences légères se sont établies. Lefebvre dit « masse très légèrement adhérente à l'intestin et à la paroi ».

Smythe dit « masse noirâtre dans la fosse iliaque droite, entourée de quelques adhérences récentes et séparée sans difficulté des viscères adjacents ».

Hale dit : « on la décolle aisément, elle donne au palper une sensation particulière de crépitation. Elle est sombre et serait devenue rapidement gangréneuse. »

Dans le cas de Schœfer et Keller, survenu au cours de la gestation, les lésions étaient surtout vasculaires. Il y avait une ascite hémorragique et « la pièce anatomique était formée par une masse de l'épiploon allongée en tout du volume de deux poings présentant un épaissement de tissu dû à des hémorragies plus ou moins récentes ».

Bubis, Riedel, dans leurs cas, signalent aussi ces adhérences légères aux viscères. Cullen prend la précaution de signaler que s'il trouve la masse légèrement adhérente au voisinage de la vésicule, celle-ci est absolument normale.

EVOLUTION DE LA LÉSION

Ici nous manquons de précisions, car si la cause du volvulus a continué d'agir, si le péritoine d'abord irrité s'est infecté, il se produit une intrication des lésions :

1° Une petite frange épiploïque qui se tord peut, par ischémie, disparaître peu à peu par sphacèle aseptique, ou elle peut s'amputer et devenir libre dans le péritoine; les appendices épiploïques du colon peuvent donner de tels corps étrangers (1).

(1) RIEDEL — Ueber die Drehung der Appendices Epiploïcae und ihre Folge - Corpora aliena und strange in bauche. (*Munch med. Woch* 1905.)

Voir Flot - Thèse de Paris 1922 : Corps étrangers du péritoine.

2° D'autre part, une frange d'épiploon libérée peut se greffer ailleurs spontanément. Cette vitalité de l'épiploon est bien connue (pauvre en artères, il a besoin de peu de sang pour vivre, c'est ce qui rend possible les greffes libres d'épiploon). Nous avons trouvé une observation de Grant (2), où une grande frange libre, devenue adhérente par un pédicule à une anse d'iléon, avait été trouvée tordue sur ce pédicule; le malade avait eu, un an auparavant, une première crise de coliques avec vomissements qui avait dû marquer la constitution du volvulus. Ou bien, seconde hypothèse, il s'agissait d'une torsion à deux foyers avec libération du foyer proximal (torsion libérée).

3° En général, la torsion se constitue et reste telle. Si le malade n'est pas opéré ou que la torsion passe inaperçue, que se passe-t-il ? On a enlevé l'appendice, on a refermé le ventre, que va-t-il se passer ?

Si la cause intestinale, appendiculaire ou autre ne continuait pas d'agir, on ne devrait pas mourir d'une torsion épiploïque seule. Cependant l'exsudat épiploïque, la masse tordue privée de sang devenant un vrai corps étranger, favorisent une infection péritonéale généralisée. On sait que des cas de torsions herniaires ou la torsion du pédicule abdominal avait passé inaperçue, se sont terminées par la mort (cas de Demons, Moresco, Syme, etc.).

Il y a, par le fait des étranglements veineux, possibilité d'une certaine phlébite épiploïque (qui est peut-être la cause des hématomés signalées dans certaines observations de torsions herniaires).

Le cas de Lefebvre s'est terminé malgré l'opération sous-anesthésie rachidienne par la mort de bronchopneumonie. Le cas du professeur Lejars, chez un vieillard, par la mort de delirium tremens.

(2) GRANT. — Surg. gyn. obst. 1908. — Torsion libre prise pour appendicite.

Dans les bons cas le processus est le suivant : il se développe autour du volvulus des phénomènes de péritonite plastique. Cette péritonite plastique peut être transitoire ou engendrer des troubles divers. La frange tordue doit disparaître peu à peu, subsister comme un reliquat sans importance ou comme un paquet d'épiploïte après avoir repris un état de vie ralentie grâce au peu d'exigence bien connu de l'épiploon. Ce sont ces paquets d'épiploïte reliquats d'anciens volvulus qui ont été trouvés par certains auteurs et pris pour des volvulus secondaires à l'épiploïte alors qu'il s'agissait d'épiploïte par volvulus aigu ou par volvulus subaigus répétés.

Les Symptômes

1° L'élément principal est la *douleur* due à la torsion des vaisseaux et de leur gaine sympathique. Citons ce que M. Silhol a dit au dernier congrès de chirurgie sur la sensibilité épiploïque : « M. le Professeur Gley nous rappelle récemment à la Société de Biologie de Marseille, que la sensibilité du sympathique était une chose établie et non tout à fait nouvelle. Il est certain que les chirurgiens qui ont lié l'épiploon sans anesthésie générale paraissent d'accord sur ce point que la pose d'un fil serré sur un pédicule épiploïque est douloureuse ».

Cette douleur, qui s'installe rapidement, quelquefois en un instant, est à type de coliques, de crampes, généralement diffuses au début, puis rapidement localisées à la fosse iliaque droite.

Les douleurs par traction sur le transverse ou sur la grande courbure de l'estomac ou les douleurs du plexus solaire peuvent être localisées par le malade à l'épigastre. Ensuite, pourquoi cette localisation à droite qui va être cause de la plus fréquente erreur de diagnostic ?

Est-ce parce que l'épine irritative est généralement le cœco-appendice ou parce que le péristaltisme réflexe du gros intestin part du cœcum ou, au contraire, vient s'exagérer en ce carrefour.

Est-ce encore parce que la partie droite de l'épiploon est plus souvent tordue ou parce que les vagues péristal-

tiques du grêle qui viennent mourir au cœcum y déposent comme une épave l'épiploon volvulé ?

Cette douleur brusque peut être très violente. Smythe dit que son malade a été éveillé en sursaut par une douleur de colique sévère « a severe griping pain ». Les douleurs spontanées semblent au maximum dans le début puis elles font place à un endolorissement permanent avec douleurs vives provoquées ou reprise des douleurs spontanées après trois ou quatre jours.

Il faut signaler la douleur venant des lombes ou s'irradiant dans cette région, elle est signalée dans notre observation et dans l'observation de Hale.

2° *La contracture*

Ce symptôme est plus ou moins marqué, mais jamais il ne nous paraît lié à l'infection péritonéale, mais à un de ces réflexes de la vie végétative qu'on a nommé viscéro moteurs. Il y a eu récemment, à la Société de Chirurgie, une controverse entre MM. Lecène et Basset, au sujet de ce rapport entre la contracture de la paroi abdominale et l'infection du péritoine. Le débat n'est pas tranché puisqu'on ne peut dire où commence et où finit l'infection. Néanmoins, nous avons sous les yeux une communication de M. Fiolle, de Marseille, sur une torsion annexielle avec inondation péritonéale chez une enfant de dix ans où celui-ci noté une contracture intense. Il attribue cette contracture à l'hémorragie. Nous croyons qu'il fait erreur et que c'est à la torsion de l'organe sain qu'il faut l'attribuer. N'a-t-on pas noté cette contracture abdominale même dans certaines torsions du testicule, organe cependant extra-péritonéal ! Ces phénomènes deviennent très intelligibles si on pense aux fibres nerveuses qui engainent les pédicules tordus et si on admet des voies réflexes courtes du viscère à la fibre musculaire du même

métamère, comme on trouve des voies réflexes courtes du viscère à la fibre sensitive sous-cutanée (irradiations douloureuses, cessation des douleurs par anesthésie à la novocaïne sous-cutanée (1).

Est-il possible de palper la tumeur comme dans les autres torsions ? Non. Cette contracture de défense empêche de palper la masse du volvulus. La tumeur est notée dans l'observation de Smythe (obs. V), où la masse tordue était particulièrement importante, de même dans l'observation de Riedel (obs. X), où elle occupait le pelvis et était palpable par le vagin.

3° Signes généraux. — Le syndrome bulbaire

Dès le début, les *nausées* ou les *vomissements*, le pouls qui s'accélère, la pâleur, l'impression d'angoisse qui a été signalée par Smythe, sont de ces signes qu'on appelle à tort dans les affections abdominales « signes péritonéaux, réaction péritonéale ». Si un vomissement est causé par une torsion du testicule on parle déjà moins du péritoine. Mais les symptômes ne seraient-ils pas du même ordre si on tordait n'importe quel autre organe ?

Avec le pouls autour de 100, le thermomètre marque 38, 38°5. Cette fièvre est-elle une fièvre de résorption ou est-elle en rapport avec l'état intestinal qui a été le *primum movens* du volvulus ? Ici, comme dans toutes les affections chirurgicales de l'abdomen, la fièvre est le phénomène le plus variable et trompeur.

(1) Voir LEMAIRE. — Recherches cliniques sur le mode de perception des douleurs viscérales. (*Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, 27 Février 1926.

4° Signes fonctionnels
Les troubles du transit intestinal

Ils sont variables; généralement le malade va à la selle ou a une petite diarrhée au début, puis la constipation s'installe et peut aller jusqu'aux signes d'occlusion si l'infection du péritoine aggrave le processus.

En résumé, dans la forme courante, le tableau clinique du volvulus de l'épiploon est caractérisé par la douleur et la contracture qui, se localisant plus souvent à droite, font penser à une crise d'appendicite aiguë. Nous reviendrons sur cette question de diagnostic.

Les Formes frustes ou abortives
Coliques épiploïques

Ceux qui ont étudié les torsions de l'épiploon en général ont signalé des formes frustes. M. Trémolières faisant l'autopsie d'un cancéreux du pylore a trouvé une large torsion de l'épiploon qui n'avait jamais donné de symptômes. La malade de Lance avait eu une dizaine de crises en trois ans. L'enfant observé par le Professeur Broca, dont le volvulus épiploïque était secondaire à des kystes hydatiques, devait aussi faire des ébauches de torsion, puisqu'il souffrait depuis six mois.

Notre malade (obs. I) avait eu une crise de coliques avec vomissements douze ans auparavant.

Depuis deux ans le malade de Smythe avait eu deux crises légères qualifiées appendicite (obs. V).

Le malade de Hale (obs. VII), avait eu, vingt ans auparavant, une douleur brusque dans l'abdomen « suivie pendant une semaine de distension gazeuse ». Depuis cinq ans il souffrait toujours dans la fosse iliaque droite, sans crise aiguë.

Depuis 2 mois les douleurs se localisaient vers le rein droit, quelquefois assez violentes, non supprimées par le repos. Enfin, la crise aiguë, brusque, avec vomissements durait depuis trois jours quand l'opération eut lieu. L'appendice était sain.

La femme enceinte de notre observation IX avait eu trois semaines avant la crise aiguë qui a déterminé l'opération une première crise semblable.

De ces faits nous ne pouvons guère conclure, mais cependant comment interpréter ces crises douloureuses ? Ou bien il s'agissait de douleurs intestinales, cœcales, appendiculaires. C'est possible puisque dans certains cas l'appendice est signalé comme adhérent, fibreux : il s'agissait peut-être d'un état congénital, mais peut-être aussi d'un reliquat de poussées inflammatoires antérieures.

Ou bien il s'agissait de douleurs épiploïques. Or, l'épiploon est insensible s'il n'est pas comprimé ou soumis à des tiraillements quelconques. Il est donc possible que, un épiploon soumis à une congestion passagère, se laisse engluer par l'intestin, amorce une torsion génératrice de douleurs, puis que tout rentre dans l'ordre.

Certains phénomènes douloureux qualifiés « formes névralgiques » d'épiploïte sont des épiploons congestifs à volvulus avortés. Voici la description faite par M. Silhol au congrès de chirurgie :

« Une forme névralgique aiguë pure dans laquelle on » observerait *des crises subites de douleurs transversales* » occupant la partie supérieure de l'abdomen, crises douloureuses angoissantes jamais suivies de diarrhée ni de vomissements, sans altération du faciès »...

Diagnostic

A. — Diagnostic positif. — Ici nous ne pouvons mieux faire que de citer intégralement les paroles de M. Descomps à la Société de Chirurgie. (Rapport sur l'observation de Lefebvre.)

« Si on voulait trouver dans les observations les données de sémiologie permettant de porter le diagnostic clinique net, précis, indiscutable de torsion épiploïque, mieux vaut dire de suite qu'il est plus sage d'y renoncer; une imprécision avérée répondant à la réalité vaut mieux qu'une fausse précision.

« Dans la torsion épiploïque, comme dans beaucoup de circonstances où on l'observe, le syndrome abdomino-péritonéal constitue tout le tableau clinique; les signes de localisation ou bien restent au second plan, ou bien sont trompeurs, ou bien font défaut.

« Ce syndrome abdomino-péritonéal dont nous discutons encore dans une de nos dernières séances est en effet une manifestation clinique très générale qui peut être ramenée à un groupe de réaction du *sympathique abdominal* et du *plexus solaire*. Si on voulait pousser plus loin l'analyse de son mécanisme physio-pathologique, au-delà du centre solaire, on y apercevrait un ensemble de réactions sympathiques centrales médullaires et surtout bulbaires. Qu'il s'agisse d'actions d'ordre mécanique, contusions abdominales, occlusions de l'intes-

tin, torsions de pédicules, etc., qu'il s'agisse d'actions d'ordre toxique, intoxication partie d'un parenchyme glandulaire, d'un point quelconque de la muqueuse digestive ou de ses diverticules, d'un foyer septique de péritonite plus ou moins étendu consécutif à une lésion d'un viscère quelconque, toujours l'ébranlement du système nerveux qui en résulte se traduit par ce syndrome clinique, en réalité beaucoup plus général qu'abdominal. On peut y découvrir à des degrés divers selon les circonstances, les réactions fondamentales que commande le bulbe sympathique; par ordre d'importance croissante: manifestations d'ordre sécrétoire, d'ordre vaso-moteur, d'ordre thermo régulateur, d'ordre respiratoire, d'ordre circulatoire.

De sorte qu'en l'absence de signes nets de localisation abdominale précise, bon nombre de nos laparatomies restent pour une part plus ou moins large des laparatomies exploratrices.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Presque tous nos cas ont été opérés avec le diagnostic :

1° *D'appendicite aiguë* (avec réserves pour cholécystite chez les femmes enceintes).

Quels sont donc les éléments qui pourront faire pencher d'un côté ou de l'autre.

Smythe envisageant toutes les torsions aussi bien libres qu'adhérentes, sans individualiser le volvulus comme nous avons tenté de le faire, indique quelques points intéressants : la douleur épiploïque serait générale au début, limitée ensuite tandis que dans l'appendicite elle serait à la fois subite et localisée au point de Mac Burney.

Ceci est discutable, on sait combien nous avons perdu d'illusions au sujet du point de Mac Burney.

Il dit ensuite que le pouls et la température seraient à un niveau plus bas que dans l'appendicite (cependant l'observation de Lefebvre nous montre un pouls à 130 avec température à 39°4. L'obs. VI, 39°).

On devra donc, à cause de l'argument de fréquence porter le diagnostic d'appendicite aiguë, d'appendicite toxique sans péritonite, opérée précocement, et c'est seulement si on ne trouve rien d'anormal du côté de l'appendice qu'on devra penser à la torsion épiploïque au milieu d'autres possibilités qui seront :

2° *La crise de pseudo appendicite par épiploïte*, ainsi décrite par Haller : « On peut assister à une véritable crise simulant en tout une crise d'appendicite; les malades souffrent dans le côté droit du ventre, la douleur est aiguë, lancinante; il peut y avoir des nausées et même des vomissements bilieux ou alimentaires; la constipation est absolue, la température peut atteindre 39°, avec un pouls rapide et un facies péritonéal.

« Localement, on constate l'existence d'une défense musculaire à droite et parfois l'existence d'une tumeur allongée suivant la direction du colon ascendant, tumeur descendant en bas plus ou moins près de l'arcade de Fallope, remontant en haut vers le colon transverse. » Cette crise aiguë de pseudo appendicite est due à une poussée d'infection aiguë survenue dans un des noyaux d'épiploïte chronique, etc. »

2° *Un volvulus du cæcum* ou bien dans la stase cœcale atonique une « crise d'indigestion cœcale », ainsi décrite par Blamoutier et Carnot (dans leur livre sur les Periviscérites digestives, page 128). « Il s'agit d'un malade qui va à la selle tous les jours, mais insuffisamment. La crise douloureuse de ce petit ileus commence brusquement, douleur aiguë avec sensation de crampes douloureuses dans la fosse iliaque droite et les flancs. Il se

» produit un arrêt complet des matières et des gaz; le
» malade accuse des nausées, puis des vomissements ali-
» mentaires, bilieux. Au bout de 24 ou 36 heures cette
» crise de sub-occlusion se termine brusquement par une
» abondante débacle de diarrhée et de gaz d'odeur infecte
» précédée de gargouillements et d'un violent besoin
» d'aller à la selle. »

Nous ne citerons pas tous les autres diagnostics qui peuvent se poser et qui sont en général ceux de l'appendicite aiguë et si les symptômes pelviens prédominent, la *torsion du kyste de l'ovaire*, de *fibrôme*, la torsion des *annexes* ou de l'*utérus gravide*.

Ajoutons encore qu'à la vue de l'épanchement hémorragique et au palper de la masse épiploïque qui peut se ramasser en un point sous le transverse, on pourrait croire un instant à une *pancréatite hémorragique*. Ou bien, si l'épanchement est clair, à une *péritonite tuberculeuse* avec « gateau » épiploïque. Mais, dans ce cas, l'inspection de la *masse toujours facile à attirer à l'extérieur* lèverait tous les doutes.

Traitement

Il est chirurgical et l'opération d'urgence a été suivie de guérison dans la plupart des cas. Le malade de Lefebvre est mort de broncho-pneumonie (autopsic). Le malade de Lejars, que nous citons dans une observation incomplète, est mort de delirium tremens au troisième jour.

L'incision doit être celle de l'appendicite à cause de l'argument de fréquence et du fait que le diagnostic ne sera jamais posé de façon ferme.

1° *Si l'épiploon en volvulus se présente immédiatement* il y aura intérêt à l'enlever avant toute autre manœuvre et pour cela il vaut mieux attirer suffisamment d'épiploon sain pour pouvoir *faire plusieurs pédicules*. La section au niveau du foyer de torsion ferait un seul pédicule, trop gros, ce qui est mauvais.

Ensuite on ira toujours vérifier l'appendice et on l'enlèvera, quel que soit son aspect.

Dans notre opération, surpris par la lésion insolite que nous avions sous les yeux nous l'avions laissée sous des champs pour aller à l'appendice. Dans l'avenir, si pareil cas se représente, nous agirons comme nous l'indiquons plus haut.

2° *A l'ouverture du ventre on a vu une sérosité rougeâtre* même si l'appendice est malade : chercher l'épiploon

(accrocher le transverse, l'emmener à la plaie et obtenir ainsi l'épiploon qui peut s'être blotti loin de l'appendice).

3° *On a trouvé un appendice d'apparence saine.* Il est de règle de chercher l'épiploon dans tous les cas, tout au moins chez l'adulte. Cette recherche fera découvrir tôt ou tard une lésion épiploïque intéressante (volvulus, kyste, paquet d'épiploon saumoné, frappé d'épiploïte aiguë, etc.).

4° *Au cours des manœuvres d'exploration* d'une laparotomie on sent du doigt une masse grenue ou bien on voit un épiploon noirâtre, lie de vin : dissocier les adhérences toujours légères qui l'entourent, l'attirer hors du ventre, c'est un volvulus épiploïque.

5° *Dans tous les cas, quel que soit son état : enlever l'appendice* (dans nos dix-neuf cas il était six fois adhérent, douteux ou franchement enflammé).

NUMÉRO	AUTEUR	SEXE	ÂGE	HERNIE ?	ANTÉCÉDENTS CRISES SIMILAIRES	DÉBUT DE LA CRISE ACTUELLE	LOCALISATION des douleurs au moment de la décision chirurgicale	Contracture ou Ballonnement
1	Péribère	H	29	0	1 crise il y 12 ans	douleur lombaire puis diffuse	fosse iliaque droite	c. loc.
2	Lefebvre	H	55	0	0	reprise iliaque la veille douleur iliaque brusque	flanc droit	c. loc.
3	Kohler	F	27	?	0	douleurs fosse iliaque droite	?	?
4	Smythe	H	30	réduite	2 crises depuis 2 ans	coliques très brusques	prédomin. à droite	généralisée
5	Cullen	H	47	?	Traumatisme il y a 6 j.	suivi de doult. abdomin.	fosse iliaque droite	?
6	Hale	H	66	0	il y a 20 ans	coliques très brusques	fosse iliaque droite	c. loc.
7	Erdmann	H	14	0	0	?	fosse iliaque droite	?
8	Scudder	H	25	0	0	progressif, généralisé	fosse iliaque droite	ballonnement
9	Hecker	H	47	0	0	brusq. nausées, puis D.	fosse iliaque droite	c. loc.
10	Wiener	H	79	réduite	1 crise il y a 1 mois	coliques brusques	fosse iliaque droite	?
11	Eitel	H	44	0	ascite ponctionnée 2 fois	?	?	?
12	Simon	H	26	0	0	douleurs progressives	fosse iliaque droite	c. loc.
13	Stewart	H	35	?	0	D. brusq. généralisées	flanc droit	c. loc.
14	Skeel	H	21	?	0	douleurs brusques	fosse iliaque droite	c. ?
15	Syme	F	27	0	0	?	fosse iliaque droite ?	?
16	Lejars	H	50	réduite	0	?	fosse iliaque droite	?
VOLVULUS ET GESTATION								
17	Schoeffer et Keller	F	26	0	1 ^{re} crise semblable au 4 ^e mois, actuellement (5 ^e mois)	douleurs flanc droit.		défense localisée + ball ^{nt}
18	Bubis	F	26	0	Une fausse couche de 4 mois il y a 2 ans. Début progressif au 5 ^{me} mois. gêne fosse iliaque droite.			
19	Riedel	F	38	0	Il y a un an au 6 ^{me} mois d'une gestation : Pesanteur dans le petit bassin = Accouchement prématuré, 6 mois. Actuellement reprise des douleurs surtout à droite.			

Nausées	TUMEUR palpable	Pouls	Température	OPÉRATION					
				DATE	DIAG-NOSTIC	ÉPANCHE-MENT	ASPECT ET VOLUME DE LA MASSE DU VOLVULUS	ETAT DE L'APPENDICE	SUITES
isnt	0	100	37° 8	24 heures	app.	0	une main — violacée	scléreux	guérison
isnt	0	130	39° 4	48 heures	app.	0	noirâtre — qqes adhr.	sain	mort Br. Pn.
	?	?	?	48 heures	app.	ser. Hem	10cm × 3cm	?	guérison
	+ dans fosse iliaque droit	100	38°	2e-3e jour	app. ?	coloré	moitié de l'épiploon	?	guérison
	0	100	38° 5	6e jour ?	app.	0	14cm × 12cm qqes adhr.	épaissi-adhérent	guérison
+	flanc droit	85	39°	3e jour	app.	coloré	masse sombre	sain	guérison
+	0	?	?	24 h. ?	app.	0	moitié de l'épiploon	inflammation	guérison
isnt	fosse il. dr.	?	?	8e jour	?	0	volume orange	inflam. subaiguë	guérison
es	0	?	?	3e jour	app.	0	surface : une main	normal	guérison
	fosse il. dr.	100	38° 5	4e jour	app.	0	une paume de main quelques adhérences	?	guérison
	0	?	?	?	?	clair	tout l'épiploon	?	guérison
	0	100	38°	10e jour	app.	ser. Hem	tout l'épiploon 18cm × 10cm	adhérent	guérison
+	0	120	38° 5	4e jour	app.	0	12cm × 6cm	paraît normal	guér. ?
	0	?	?	?	app.	0	large masse sombre	?	guérison
	?	?	?	?	app.	0	épiploon en masse	?	guér. ?
	?	?	?	?	app.	0	épiploon tordu libre	?	mort delirium tremens
+			37° 9	3e jour	chol. ou app.	ser. Hem	rouge noirâtre, volume : 2 poings	?	guérison
			fièvre	3e jour ?	app.	ser. Hem	masse épaisse, quelques adhérences qqes adhérences dans le petit bassin	?	guérison
	masse palpable dans le Douglas	normaux		1 an				lésions chroniq.	guérison

Observations

OBSERVATION I. — (Personnelle.)

Dub... E., 29 ans, livreur, 42, rue Denfert-Rochereau, a pas et n'a jamais eu de hernie.

Il y a douze ans, a eu une crise douloureuse abdominale avec vomissements. Crise du type de celle qui le conduit à l'hôpital.

Il y a quatre jours, à la suite d'un effort, a ressenti une douleur lombaire, puis s'est établi un état de malaise caractérisé par anorexie, constipation avec langue saburrale et céphalée.

Hier, lundi, le malade a pris une purgation et, le soir, il a ressenti une douleur brusque dans la fosse iliaque, la douleur persiste.

A l'examen du malade, qui souffre un peu et ne vomit pas bien qu'il ait *quelques nausées*, on trouve une *défense parétale au niveau de la fosse iliaque droite*, cette palpation réveille une douleur nette, le pouls est à 100, la température 37°8.

En raison de la reprise des symptômes qui a eu lieu hier soir et malgré les signes généraux bénins si souvent trompeurs, en raison aussi de la purgation si souvent néfaste, nous diagnostiquons : *crise d'appendicite aiguë* avec menace de perforation.

Opérations. — Anesthésie à l'éther.

Incision de Mac Burney. Dès l'ouverture du péritoine nous voyons une *masse épiploïque noirâtre* qui est attirée à l'extérieur, elle vient librement : c'est une partie tordue du grand épiploon, environ 8 cm. sur 8 cm. avec un travers de doigt d'épaisseur. La torsion est de deux tours de spire environ, dans le sens des aiguilles d'une montre.

Cette lésion étant isolée sous des compresses, on enlève l'*appendice qui est trouvé adhérent sous le cæcum*. Il est filiforme et de petites dimensions : 3 cm. de long sur 3 ou 4 mm de diamètre; il est fibreux à sa base d'implantation; il ne paraît pas enflammé, mais près de son meso nous enlevons un ganglion du volume d'un haricot.

L'appendicectomie étant faite nous pratiquons l'ablation large de l'épiploon tordu (au ras de l'angle colique droit pour éviter la constitution d'adhérences au cæcum).

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires très simples. — Le malade sort de l'hôpital au dixième jour.

OBSERVATION II

(LEFEBVRE. — Société de chirurgie de Paris. Janvier 1923)

Rapporteur : M. le Professeur Descomps

Vincent R., 55 ans, maréchal-ferrant, est admis d'urgence le 2 novembre 1921, dans le service du Professeur Mériel (Toulouse). Il est examiné par M. Lefebvre, chef de clinique. Il s'agit d'accidents abdominaux dont le début remonte à deux jours : *douleur abdominale droite violente et brusque, permanente depuis — constipation sans arrêt des gaz — nausées avec vomissement unique le second jour, pouls régulier à 130 temp. 39°4, facies bon, état général encore satisfaisant. Ballonnement modéré du ventre. Douleur à la palpation du flanc droit avec notable résistance, localisation*

un peu au-dessus du point de Mc Burney. Pas d'hyperesthésie cutanée. Pas d'immobilisation respiratoire. Pas de tuméfaction profonde ni localisée; pas de plastron abdominal. Toucher rectal négatif. Tous les organes thoraciques normaux.

Diagnostic. — Appendicite aiguë. Opération d'urgence.

Opération. — Rachianesthésie à la novocaïne. Laparotomie latérale droite. Pas de liquide dans l'abdomen. Rien dans la fosse iliaque droite. *Cæcum et appendice libres*, non congestionnés. Au devant du colon ascendant à droite, puis vers la ligne médiane, on trouve une *masse noirâtre très légèrement adhérente* à l'intestin et à la paroi, de consistance presque cartonnée et très friable : c'est l'épiploon. En le suivant jusqu'à son insertion colique on voit à droite qu'il présente une sorte de nœud que l'on reconnaît être formé par une torsion d'un segment de l'épiploon autour de son attache colique. Cette torsion s'est faite dans le sens de la marche des aiguilles d'une montre et la masse a subi trois tours complets.

L'épiploon est divisé dans le sens de la hauteur par des incisions profondes; à droite et à gauche du segment voluté, des portions saines de l'épiploon apparaissent et ne présentent aucune trace d'épiploïte aiguë ou chronique. Résection du segment nécrosé sous une ligature. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Pendant 48 heures, suites normales, le troisième jour accident de *broncho-pneumonie* et *mort au sixième jour*.

L'autopsie a montré l'existence de lésions typiques de broncho-pneumonie. L'appendice examiné au laboratoire par M. Tourneux était sain.

OBSERVATION III

(R. KOHLER. *Wien. Kl. Woch* 1917)

Femme de 27 ans, bonne santé habituelle.

Douleurs dans la *fosse iliaque droite*.

Opérée le deuxième jour avec le *diagnostic d'appendicite aiguë*. A l'opération, on trouve du *liquide séro-hémorragique* dans le ventre et la *torsion libre d'une partie de l'épiploon*.
(La pièce a 10 cent. de long sur 3 cent. de largeur).

Ablation, guérison.

OBSERVATION IV

(SMYTHE. *Surg. Gyn. Obst. oct.* 1906)

Homme de 30 ans, antécédents : alcool et tabac, porteur d'une hernie qui a été réduite depuis 10 ans.

Depuis deux ans a eu deux crises légères qualifiées *appendicite*.

Début : Le lundi, il est éveillé par des douleurs de coliques violentes (a severe griping pain) localisées dans la partie basse de l'abdomen surtout à droite. Le mardi : le ventre est dur, il n'y a pas de nausées, le pouls est à 100, la temp. à 38°.

On palpe une large tumeur, mieux limitée que celles qu'on observe dans l'*appendicite aiguë*.

Opération. — A l'ouverture du ventre : *liquide coloré* immédiatement : grosse masse noirâtre dans la fosse iliaque droite séparée sans difficulté des viscères adjacents (quelques adhérences légères récentes). Cette masse était sur le point de se séparer au point de torsion (6 tours de spire). La torsion porte sur la moitié du tablier épiploïque.

Ablation. — Guérison.

OBSERVATION V

(CULLEN. — *John Hopkins hosp. Bulletin* 1905)

Homme de 47 ans, pesant 180 livres.

Début de la maladie il y a six jours, *après un traumatisme*. A souffert de l'estomac puis vers la fosse iliaque. Actuellement il ne souffre plus, mais la fièvre est apparue (101° F, pouls à 100). On fait le *diagnostic d'appendicite aiguë progressive*.

Opération. — *Appendice un peu épaissi et légèrement adhérent*. On l'enlève. Poussant plus loin l'examen, on sent au bout des doigts une masse qui fait penser à des nodules **cancéreux** ou à une pancréatite hémorragique. On prolonge l'incision jusqu'au rebord costal et on extériorise sans difficultés une *masse légèrement adhérente sous la vésicule biliaire qui est normale*. Le pédicule contient deux vaisseaux; la torsion est de plusieurs tours de spire.

La pièce, de couleur *brunâtre*, mesure 14 cm sur 12 cm. Le bord n'est pas épaissi.

Ablation. — *Guérison*.

Examen histologique. — Vaisseaux thrombosés; infiltration sanguinée dans le tissu adipeux épiploïque.

OBSERVATION VI

(HALE. — *J. of the med. assoc.*, 1917, p. 977.)

Homme de 66 ans.

Antécédents. — Il y a 20 ans, a ressenti une *douleur abdominale brusque*, accompagnée de ballonnement du ventre. A souffert ainsi pendant une semaine.

Depuis cinq ans, a toujours souffert dans la fosse iliaque droite sans jamais de crise aiguë.

Depuis deux mois les douleurs se localisent vers le rein

droit, quelquefois assez violentes. Ne sont pas supprimées par le repos au lit. Pas d'anorexie; pas de constipation.

Il y a trois jours : *douleur brusque*, constrictive (cramplike) à localisation ombilicale. *Nausées et vomissements*.

De la poudre de Dower a procuré un peu de calme. Une purgation saline a produit quelque effet, mais lorsque Hale voit le malade, il trouve un abdomen ballonné, avec douleur et défense au niveau de la fosse iliaque droite. *La palpation trouve une masse entre rein droit et région appendiculaire*. Le patient est prostré « apparence d'un homme en condition désespérée ». Température 102 F, pouls 85.

Diagnostic. — *Appendicite aiguë*.

Opération. — De l'incision s'écoule un peu de *liquide coloré*. On extériorise l'appendice et on voit qu'il n'est pas la cause du mal. Les doigts introduits dans le ventre ne permettant pas une bonne exploration de la masse perçue avant l'opération on allonge l'incision.

La masse est *entassée entre le cæcum et la paroi*. Elle donne au palper une sensation particulière de granulation. On pense à une tumeur du rein. Mais après un décollement facile, suivi d'extériorisation, on voit qu'il s'agit d'une partie du grand épiploon tordue six fois sur un pédicule, en sens inverse des aiguilles d'une montre. *La partie étranglée est sombre et serait devenue rapidement gangréneuse*.

Ablation. — *Guérison*.

OBSERVATION VII

(J.-F. ERDMANN. — *New-York surgical society*. — *Ann. of Surgery* 1921, p. 252.)

Le docteur J.-F. Erdmann présente un enfant de 14 ans qui a été admis à l'hôpital le 18 octobre, avec une *histoire d'appendicite au début*. Il se plaignait de *nausées, vomisse-*

ments et douleur ombilicale. La douleur se localisait vers le milieu de la partie droite de l'abdomen. L'incision fut faite plutôt haute et l'appendice trouvé libre.

La suite de l'exploration montra une *masse sombre* dans le voisinage de la vésicule biliaire qu'on reconnut être la moitié droite de l'épiploon, tordue trois fois de droite à gauche sur elle-même et nécrosée.

La masse nécrosée est excisée et l'appendice enflammé (« suppurating ») est enlevé.

Note. — (Cette observation est la seule où une lésion d'inflammation aiguë de l'appendice est notée.)

OBSERVATION VIII

(Ch. SCUDDER. — *Annals of Surgery* 1904, p. 916.)

H. W., 25 ans, commerçant.

Entre à l'hôpital général de Massachussets le 7 juillet 1904.

Souffre du ventre depuis sept jours. *Douleur généralisée* d'abord à l'abdomen, puis *localisée peu à peu au flanc droit*. Pas de selles depuis trois jours. A vomé seulement le premier jour.

Vient à l'hôpital à cause du ballonnement du ventre.

A l'examen, le cœur et les poumons sont normaux; l'abdomen est distendu. Il n'y a pas de hernie, pas de rigidité musculaire. Sur le côté droit de l'abdomen on *palpe une masse occupant la fosse iliaque* et s'étendant vers la ligne médiane. Cette masse est protégée par la défense musculaire localisée; elle est difficile à limiter, mâle à la percussion, non mobile, peu sensible.

Au toucher rectal : un peu de sensibilité du côté droit.

Opération. — Huit jours après le début des accidents, une incision semi-lunaire à droite montre un épiploon légèrement adhérent, épaissi, dont les vaisseaux sont trombosés.

Il descend jusque dans le pelvis, on le sépare des intestins qui sont sains. Dans l'hypochondre droit est une *masse du volume d'une grosse orange* : c'est la portion tordue (un tour de spire et demie) comme il est montré sur l'illustration qui accompagne l'observation. *On enlève tout le grand épiploon au ras du transverse. Ablation de l'appendice en état d'inflammation subaiguë... guérison*

OBSERVATION IX

HECKER. — *Rapportée par Baldwin. Ann. of Surgery.*
1902, p. 942

J. E. T., 47 ans, employé, bonne santé. Début de *nausées*, un peu de *douleur* de la fosse iliaque faisant penser à l'appendicite. On administre de l'huile qui ne fait pas cesser les symptômes. Le lendemain la douleur augmente, il y a de la *défense musculaire*. Bon état général.

Le surlendemain, tous ces symptômes ont encore augmenté; enfin, le troisième jour, on décide l'opération avec le *diagnostic d'appendicite*.

Opération. — Incision d'appendicite. Le doigt introduit extériorise une masse légèrement adhérente au voisinage et qui est l'épiploon tordu.

La masse a le volume d'une grosse figue et, étalée, la surface d'une main. Son pédicule très grêle montre huit tours de spire. *L'appendice se montre normal.*

Fermeture du ventre. *Guérison.*

OBSERVATION X

(J. WIENER. *Annals of Surgery.* 1900, p. 657)

A. L., 79 ans, entre le 7 mars 1900 au « Mount Sinai Hospital » avec le *diagnostic d'abcès appendiculaire*.

Bonne santé. Le 3 juillet 1899 a été renversé par un tramway, pas de lésions sérieuses. Est porteur d'une hernie inguinale droite, réductible et peu volumineuse dont il n'a jamais souffert.

Il y quatre semaines, sans cause apparente, a été pris d'une *violente douleur dans la fosse iliaque droite*. Cette crise a duré 24 heures et le malade a repris son activité.

Il y a quatre jours le malade a été repris des mêmes douleurs, au même point, *douleurs à type de crampe* (cramp-like) sans vomissements ni fièvre.

Cette douleur est revenue par intervalles, le malade a eu des gaz et des selles.

A l'examen il s'agit d'un homme plutôt gras, bronchite emphysemateuse et myocardite. Foie et rate normaux. Pas de tympanisme abdominal. *On palpe dans la fosse iliaque une tumeur du volume d'une orange*, sensible au palper et mate à la percussion. Le sac de la hernie inguinale de ce côté est vide. Temp. 38°5, pouls 100, resp. 24.

Diagnostic : Absès d'origine appendiculaire.

Opération. — An. au protoxyde d'azote (à cause du cœur et des poumons). Incision verticale sur la tumeur. Aussitôt on extérorise une *masse d'épiploon large comme une paume de main*, elle est infiltrée et de couleur violacée (dark-blue). Sa portion distale est adhérente à un appendice épiploïque du colon ascendant. (Plus loin l'auteur ajoute au sujet de cette adhérence : elle a dû se former au cours de la crise douloureuse que le malade a subie quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, p. 659). La partie proximale est en continuité avec le reste de l'épiploon par un pédicule grêle, tordu 5 ou 6 fois.

On libère les adhérences de la partie tordue au niveau de l'angle colique sous-hépatique et de la paroi. *On enlève la masse tordue* et on referme sur un fin drainage. Réunion per primam. *Guérison.*

(L'auteur estime son cas unique et souligne le fait que la hernie n'a joué aucun rôle.)

OBSERVATION XI

(EITEL. *New-York Méd. Record*, 20 mai 1899)

Homme de 44 ans. Profession : mineur, porteur d'une ascite déjà ponctionnée deux fois. Souffre du ventre en un point fréquemment contusionné par une caisse qu'il porte.

Opération. — L'incision permet de découvrir un grand épiploon tordu, aux veines gorgées de sang. Cet épiploon est détordu et étalé devant la masse intestinale. Fermeture du ventre. Le malade guérit et pas d'autre symptôme n'est apparu dans la suite.

Note. — C'est le cas le plus ancien, à notre connaissance, de volvulus épiploïque. Nous ignorons si l'ascite était cause ou conséquence de la torsion — qui devait être incomplète — et peu serrée, puisque la seule détorsion a guéri le malade et ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION XII

(OTTO SIMON. — *Munch. Med. Woch.*, 1905, p. 1979.)

G. K., 26 ans, douleurs du côté droit de l'abdomen depuis dix jours. Aggravation depuis deux jours. Défense pariétale sur la région appendiculaire.

Opération avec le diagnostic d'appendicite. Pouls 100-110; temp. 38°-38°5.

Opération. — Il s'écoule 1 litre et demi de liquide hémorragique. On trouve une tumeur qui est l'épiploon tordu contre le colon transverse (couleur foncée, infiltration d'œdème).

Ablation de cette masse. Ablation d'un appendice adhérent (4 cm de long). Fermeture en trois places. *Guérison*

Examen de la pièce : long. 18 cm, largeur 10 cm; épaisseur 6 cm. Thromboses veineuses. A certains endroits, aspect verdâtre gangréneux.

Appendice : pas de lésions inflammatoires.

OBSERVATION XIII

(STEWART... *Jour. Am. med. Assoc.* 1904, p. 767.)

Homme de 35 ans. Il y a quatre jours, a été pris d'une violente douleur abdominale, avec vomissements. Douleur et vomissements persistent encore. Temp. 101° F, pouls 120. *Le côté droit de l'abdomen est contracturé* et le point de sensibilité maxima se trouve sur le bord externe du grand droit au niveau de l'ombilic. Transit intestinal normal.

Diagnostic. — Appendicite.

Opération. — On enlève l'appendice (qui parait normal, sauf trois petites taches hémorragiques sous la muqueuse). La poursuite de l'exploration montre une torsion de la partie inférieure droite de l'épiploon (un tour de spire complet).

La masse ainsi formée a six pouces de longueur et trois pouces de largeur.

OBSERVATION XIV

(SKEEL. — *Am. Journal of Obstetrics*, 1907.)

Signale un homme de 21 ans saisi en bonne santé par une crise brusquée à type d'appendicite aiguë. L'épiploon est trouvé tordu en une large masse sombre pédiculée près du colon transverse.

Ablation. — Guérison.

OBSERVATION XV

(SYME. .. *Inter. Coll Med Journ., Australia, 1902.*)

(Observation dont nous n'avons trouvé que le résumé,
par Fuller : *Surg. gym. Obst. 1908.*)

Femme de 27 ans. Antécédents bons, sauf une chute. *Epi-
ploon tordu en une masse* et adhérent aux intestins.

OBSERVATION XVI (douteuse.)

(PRO. LEJARS, *discussion à la Soc. de Chirurgie de Paris, 1900*)

Homme de 50 ans. *Torsion à symptômes d'appendicite*. Le
malade est porteur d'une hernie inguinale droite, mais elle
se réduit facilement.

Epiploon tordu libre dans le ventre.

M. Lejars ajoute seulement « la partie inférieure de la
masse pouvait descendre jusqu'au sac herniaire ».

Le malade meurt le troisième jour de delirium tremens.

VOLVULUS ET GROSSESSE (3 observations)

OBSERVATION XVII

(SCHEFF et KELLER, *Soc. Obst. et Gym. 1923.*)

Primigeste de 26 ans. Dernières règles : décembre 1922.

Première crise douloureuse il y a trois semaines, au cours
du quatrième mois de la gestation : douleurs abdominales
droites, vomissements, constipation, puis disparition de ces
symptômes.

Crise actuelle : depuis trois jours, reprise des douleurs
et des vomissements avec plus d'intensité qu'au cours de la

première crise. Les douleurs et la défense se localisent au flanc droit. Etat de sub-occlusion avec ventre ballonné. Pouls 90. Temp. 37°9.

Diagnostic : cholecystite subaiguë ou appendicite.

Opération. — 9 juin 1923. — *Liquide hémorragique dans le ventre.* Il apparaît une masse rouge noirâtre grosse comme deux poings. On attire cette tumeur épiploïque dont la base est complètement libre et dont le pédicule, gros comme deux doigts, montre une torsion de 360°.

Ablation. — *Guérison sans incidents.*

Examen de la pièce. — Masse épiploïque présentant un épaissement du tissu dû à des hémorragies plus ou moins récentes. Cette hépatisation hémorragique est surtout prononcée aux parties périphériques des lobes adipeux. Ça et là des cicatrices blanchâtres. Entre ces lobes épaissis on trouve des parties où le tissu adipeux ne paraît pas altéré du tout. Pas de trombozes à voir macroscopiquement.

OBSERVATION XVIII

(BUBIS. .. *Surg. gyn. Obstetrics* 1919.)

Femme de 26 ans, en bonne santé. Dans ses antécédents on trouve une fausse couche de quatre mois consécutive à un accident il y a deux ans.

Elle est examinée le 2 mars 1916 : enceinte de quatre mois environ, ne souffrant que d'une constipation légère. Rien d'autre à signaler.

Le 5 avril, la constipation persistant avec un peu de gêne au niveau de la fosse iliaque droite, la sensibilité augmente et la fièvre apparaît. On palpe dans la fosse iliaque droite quatre petites nodules contre d'utérus. La région est très douloureuse. On applique de la glace sur le ventre. Le lendemain : aggravation de la douleur.

On décide d'intervenir *pensant à l'appendicite*.

Opération. — Incision droite. A l'ouverture du ventre s'écoule un *liquide hémorragique*. On extrait facilement une masse épaisse qui descendait derrière l'utérus légèrement adhérente. On reconnaît le grand épiploon tordu... les veines dilatées contenant quelques caillots.

On enlève ensuite un *appendice légèrement adhérent*. A sa coupe on voit qu'il est oblitéré.

A signaler encore une membrane de Jackson.

On a vu sur l'utérus les quatre petits fibromes trouvés à la palpation.

Fermeture complète du ventre.

Guérison sans incidents et par la suite accouchement normal au terme de huit mois.

OBSERVATION XIX

(RIEDEL. — *Munch. Med. Wochenschrift*, 1905.)

Femme de 38 ans. *Il y a un an*, au cours d'une grossesse, j'avait des *sensations de pesanteur* dans les parties basses de l'abdomen. Cette grossesse s'est terminée par un *accouchement prématuré* de mort-né à 6 mois. Après avoir disparu, cette pesanteur est revenue; elle a *augmenté jusqu'à la maladie actuelle*, qui a commencé par un malaise général après un effort.

Fonctionnement intestinal normal. Pas de vomissements, mais *douleur dans la partie droite de l'abdomen*.

A l'examen, rien d'anormal de ce côté.

Au toucher vaginal on sent une *masse adhérente derrière l'utérus*. Pouls et température normaux.

Opération. — On enlève un appendice atteint de lésions chroniques et une *masse épiploïque tordue adhérente au mésentère*, à l'utérus et à la paroi antérieure du petit bassin. Un fin pédi-

cule tordu en deux endroits réunissait la portion tordue à l'épiploon normal.

Note. — D'après l'étude de l'évolution et l'examen du dessin de la pièce, il semble qu'ici la torsion soit ancienne. Les adhérences et l'absence de liquide dans le ventre sont aussi en faveur de cette hypothèse. Il s'agit donc d'une torsion gravidique ayant probablement déterminé l'accouchement prématuré, puis bien tolérée jusqu'à une reprise des symptômes à l'occasion du soulèvement d'un fardeau.

Conclusions

1° Jusqu'à présent les mots « torsion de l'épiploon » éveillaient l'idée de torsion d'un épiploon frappé de lésions grossières d'épiploïte chronique, herniaire le plus souvent. Ces cas restent la majorité, mais on trouve épars dans la littérature des torsions libres d'épiploon sain ou en apparence sain.

2° A la suite d'un cas personnel et de l'étude des observations rapportées ici, nous avons essayé d'individualiser cette torsion libre à laquelle nous voudrions voir réserver le nom de « *volvulus épiploïque pur* ».

3° Les causes prédisposantes appartiennent à l'anatomie et à la physiologie normale de l'épiploon. Grâce à sa passivité, à sa sécrétion agglutinante et à une congestion passagère d'origine microbienne (appendicite chronique, colite) d'origine chimique ou traumatique, l'épiploon amorce une torsion qui est fixée principalement par la stase veineuse.

4° Cet accident, qui ne s'accompagne pas de péritonite au sens clinique du mot, a une symptomatologie commandée par le système nerveux sympathique abdominal, la voie centripète étant celle des vaisseaux épiploïques.

Les éléments principaux en sont la douleur, la contracture de défense, des troubles modérés du poulx et de la température, des nausées ou des vomissements.

5° En général, le diagnostic porté est celui d'appendicite aiguë. Les éléments de différenciation manquent ou sont réduits à des nuances. Le principal est de voir la nécessité d'opérer d'urgence et d'examiner systématiquement l'épiploon au cours des laparotomies pour syndrome aigu abdominal chez l'adulte, surtout si l'appendice, puisque cet organe est le plus souvent suspecté ici, ne fournit pas une preuve pathogénique suffisante.

6° Le traitement est l'ablation large de la partie épiploïque frappée de volvulus. (En général la partie enlevée correspondra à la moitié droite du grand épiploon). Le traitement de l'appendicite chronique par l'ablation de l'appendice doit être continué par le traitement médical de la colite, de la constipation, car elles ont presque toujours joué un rôle dans la genèse de l'accident.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. OMBRÉDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

1° Les références de cas de volvulus ont été mentionnées avec les observations;

2° Travaux français sur les torsions en général :

- 1900 Discussion à la Société de Chirurgie.
- 1900 Thèse Brunet (Paris).
- 1901 VIGNARD et GIRAudeau. — Archives provinciales de chirurgie.
- 1901 HEITZ et BENDER. — Rev. de gyn. et de chir. abd.
- 1902 MARTINAUD (Thèse Bordeaux).
- 1903 GIRAudeau (Thèse Paris).
- 1904 MAUCLAIRE. — Revue de gynécologie.
- 1905 LEROY (Thèse Lille).
- 1907 LEJARS. — *Semaine Médicale*.
- 1908 MATTRAIS (Thèse Paris).
- 1911 PERDRISET. — *La Clinique*, août.
- 1911 BARBONI (Thèse Paris).
- 1919 AIMES. — *Progrès Médical*.

3° Travaux étrangers sur les torsions en général :

- 1902 BALDWIN. — Contrib. to study of omental torsion. — *Ann. of Surgery*.
- 1903 BLAKE. — Torsion of the omentum. — *Ann. of Surgery*.
- 1903 RUDOLF. — Torsion des grossen netzes. — *Wien Kl. Rundschau*.
- 1905 COMER et PINCHE. — *Ann. Journ. of Med. Science*.

- 1915 BOOKMANN. — *Ann. J. of Surgery*.
1911 HEDLEY. — Torsions of the omentum. — *Brit. Med. J.* 11.
1920 BLOCK et DARMSTADTER. — *J. Am. med. Assoc.*, Chicago.

4° Travaux étrangers que nous n'avons pu consulter :

- 1912 DIETZ. — Un cas de torsion int. abd. de l'ép. — *Anjou Médical*, Angers.
1913 CINAGLIA. — Un cas de torsion int. abd. de l'ép. — *J. M.*, Milan.
1919-1920 SWAIN. — The diagn. of torsion of the G. O. — *Bristol Med. J.*, pp. 202-204.
1919 CERNEZZI. — Torsion de l'épiploon. — Milan.
1922 WOLFF. — Beitrag zur pathogenese der netz torsion. — *Beitr. z. Klin. chir. Tubingue*, pp. 198-206.
1921 PRICE. — Acute torsion of the Great Omentum. 2 case reports. — *Ohio M. G.*, Columbus.
1922 ORITZ CANO. — Tors. intr. abd. du Q. E. — *J. M.*, La Havane.
1923 RITTER. — *Kentucky M. J.* — Tors. of the G. O.

5° Travaux collatéraux :

La thèse de HALLER (1912) contient une bibliographie complète sur l'épiploon et les épiploïtes.

Le rapport de SILHOL, au Congrès de chirurgie d'octobre 1927, contient aussi une longue bibliographie.

Signalons principalement les différents travaux de MM. Walther, Descomps, Heger, etc,

